

## Article

---

« La réadaptation du malade mental chronique »

Louis Gascon

*Santé mentale au Québec*, vol. 2, n° 1, 1977, p. 1-12.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030012ar>

DOI: 10.7202/030012ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)

# LA READAPTATION DU MALADE MENTAL CHRONIQUE

*Louis Gascon<sup>1</sup>*

Les vingt-cinq dernières années ont eu le mérite de voir bon nombre de malades chroniques sortir de l'enfermement asilaire. Ce phénomène, heureux en soi, a eu pour conséquence de nous mettre en contact quotidien avec le problème de la chronicité pour lequel par ailleurs nous avons peu à offrir. La psychiatrie, comme la médecine en général, s'accommode mieux de situations aiguës ou moins lourdes et peu de soignants s'exemptent d'un sentiment d'impuissance et de futilité face aux malades chroniques. Certains même se demandent secrètement si, au fond, tous ces patients ne seraient pas plus heureux dans une grande institution moderne bien aérée; car y a-t-il autre chose dans nos cliniques que la perspective d'entrevues stéréotypées servant à contrôler principalement une médication, en général toujours la même, le tout ponctué occasionnellement d'hospitalisations lors de "décompensa-

(1) **Psychiatre au Centre de Santé Mentale Communautaire de Montréal (Hôpital St-Luc)**

tions", ou d'interventions sociales supportives. Ces patients semblent greffés à vie à l'institution psychiatrique (ne faut-il pas d'ailleurs encourager "le transfert institutionnel"?) et leur dossier ne se ferme qu'au hasard des décès, déménagements ou abandons de traitement et jamais ou presque lors d'un congé actif décidé conjointement.

Finalement ne retrouvons-nous pas, quelque soit le lieu du traitement, une "saveur" asilaire, un type de rapport qui tend à se recréer spontanément et dans lequel thérapeutes comme patients se retrouvent enfermés. Ce rapport nous semble aussi percer subtilement dans des notions aussi en vogue que la "prise en charge" et la "continuité des soins", notions qui garantissent dans les faits l'emprise presque définitive de l'appareil psychiatrique sur le patient.

Il semble à propos ici de rappeler le concept de "iatrogénèse sociale" défini par Illich comme " un effet paradoxal non désiré.. et une dysharmonie pénible entre l'individu situé dans son groupe et le milieu social et physique qui tend à être organisé sans lui et contre lui. D'où il en résulte une perte d'autonomie dans l'action et dans le contrôle du milieu" (1)

Même à l'ère des cliniques communautaires de secteur, le patient demeure toujours faiblement intégré à son milieu social. Il y vit généralement seul ou recrée un réseau de relations en se définissant comme un ancien malade psychiatrique et avec d'autres

(1) Yvan Illich: Némésis médicale, Editions du Seuil 1975.

individus ayant la même identité. Au delà des déficits et troubles initiaux, les patients pour beaucoup nous semblent surtout être des "chroniques" avec des caractéristiques communes d'identification massive au rôle de malade, de dépendance institutionnelle, de malfonctionnement et d'incompétence sociale, caractéristiques qui se sont raffinées à travers une longue histoire de contacts psychiatriques. La chronicité, de façon dynamique, peut être définie comme le résultat d'un processus constamment maintenu par un sujet et son entourage (le thérapeute en étant le représentant principal) visant toujours à rétablir une relation centrée sur "la maladie". Ce processus semble difficilement modifiable à moins que les deux parties n'y consentent d'un commun accord.

Ce rapport, s'il est accepté de part et d'autre, procure en général une relation dite thérapeutique dans le sens d'une diminution appréciable de symptômes bien souvent au détriment d'une véritable adaptation sociale. Thérapeutes et patients partagent alors le sentiment d'une relation stérile compensée d'une part par une impression de relative efficacité thérapeutique (patient va bien, patient asymptomatique, patient stable) et d'autre part par un certain nombre de gains secondaires, à travers un maternage ouaté. Tous deux conviennent de parler le langage de la maladie et des symptômes, d'éviter de ramener l'échange à une problématique plus existentielle.

Telle ou telle médication acquiert avec les années une valeur inestimable et toute modification doit faire l'objet de précautions infinies. L'hospitalisation semble la solution unique à certaines périodes de crises et au besoin le patient en fera la démonstration claire et nette mobilisant souvent l'entourage pour venir témoigner de son état avancé de détérioration. Toutes ces stratégies ne sont que quelques exemples courants qui font que le patient neutralise rapidement son thérapeute. Le soignant doit aussi surmonter ses propres réflexes dont entre autres sa tendance à maintenir une relation médicalisée sécurisante, ses craintes face aux impulsions et décompensations possibles du patient, sa peur d'être jugé incompetent etc... La soi-disant responsabilité sociale qu'on attribue au thérapeute (entendre; vous avez la mission de le garder calme) et souvent une conviction profonde fondée sur des critères pronostics discutables que le patient ne peut changer constituent des facteurs extrêmement lourds à surmonter.

Dans un contexte relationnel aussi rigide et étouffant, il y a bien peu à attendre et on assiste à la procession des thérapeutes se succédant au fil des années et ne faisant autre chose que de raffiner davantage cette relation close; en un mot une rencontre stérile entre deux experts, l'un en santé, l'autre en maladie, rencontre se situant hors du temps et de la vie sociale. Ce rapport soignant-patient en général accepté de part et d'autre procure ainsi une relation amenant une diminution "raisonnable" de symptômes bien souvent cependant au détriment d'une véritable adap-

tation sociale.

Si nous croyons que les soignants offrent peu de possibilité de modifier la situation, il n'en demeure pas moins qu'une amorce de solution réside dans la minimisation systématique du langage psychiatrique, de l'attention aux symptômes et d'une insistance toute particulière pour éviter les solutions psychiatriques habituelles: hospitalisations longues et fréquentes, médications lourdes etc.

Parallèlement le thérapeute devrait déplacer le lieu du traitement pour le centrer davantage sur la communauté du patient en privilégiant l'utilisation des ressources du quartier, la collaboration de l'entourage en période de crise et l'intervention concrète dans le milieu, le but étant d'amener le patient à résoudre de plus en plus ses périodes de crises d'une façon non "psychiatrique". Tout ceci implique possiblement que le thérapeute accepte au moins temporairement une certaine "déstabilisation" sur le plan clinique et une recrudescence de symptômes. Il est intéressant de mentionner ici l'utilisation de non-professionnels assez peu populaires dans notre milieu mais chez qui on retrouve souvent certaines habiletés pour amener le patient à faire la jonction avec sa communauté.

Il nous semble d'autre part important, qu'après avoir reconnu chez les patients un point à partir duquel tout investissement plus spécifiquement psychiatrique devient inutile, le rôle des

soignants soit progressivement restreint au minimum pour faciliter, lorsque les possibilités du patient le permettent, une transition vers d'autres ressources moins identifiées au réseau de soins en santé mentale. Et celles-ci devraient être, le plus possible à notre avis, des ressources sociales s'adressant normalement à la population générale du quartier. Le rôle des soignants dans cette optique devrait alors se transformer en approches de consultation auprès de tiers impliqués de plus en plus avec les patients.

#### LA READAPTATION SOCIALE ET CERTAINES RESSOURCES PARA-PSYCHIATRIQUES

Le traitement des malades chroniques amène l'utilisation occasionnelle de ressources accessoires particulièrement en ce qui concerne les problèmes d'hébergement et de réadaptation au travail. Ainsi voyons-nous au cours des années l'utilisation variable de foyers et de divers ateliers de travail. Nous pourrions aussi, pour les fins de notre discussion, mentionner certaines ressources d'ergothérapie et de loisirs qui semblent procéder d'une même philosophie de resocialisation et de réadaptation à travers diverses activités concrètes. A des degrés divers, ces ressources nous semblent avoir plusieurs caractéristiques communes à savoir: le regroupement de patients exclusivement psychiatriques, des structures gérées par des professionnels ou non-professionnels "sensibilisés" à l'approche psychiatrique et souvent des liens assez lâches avec la société normale. Les clients de

ces ressources y sont avant tout à titre de malades mentaux, et secondairement seulement à titre d'individus en chômage, mal logés ou isolés sur le plan social. D'autre part ces ressources constituent un réseau plus ou moins imperméable où le patient peut passer assez facilement d'une de ces ressources à une autre en demeurant cependant exclu de l'environnement normal.

Ces diverses ressources nous semblent l'objet de contradictions sévères. A titre d'exemple, si nous analysons les ressources de foyers d'hébergement, nous nous interrogeons de plus en plus sur leur capacité de favoriser la socialisation des patients. Si ces foyers peuvent être une solution de moindre mal pour un certain nombre de patients, certaines études démontrent que globalement ils consolident surtout une amélioration symptomatique alors que la qualité de la vie sociale a tendance à s'y détériorer. Nous avons pu nous-mêmes comparer un groupe de malades chroniques en foyer avec un groupe de même type mais demeurant en chambre dans un état d'isolement plus marqué. L'évolution, après deux ans d'interventions sociales auprès du second groupe, a démontré une adaptation nettement supérieure des patients en chambre alors que les sujets en foyers ont évolué vers une dépendance croissante face aux dirigeants des foyers, une baisse des activités autonomes de même que de l'étendue du réseau social. Nous en avons conclu à la nécessité de privilégier chez la majorité, l'utilisation des ressources de logement du quartier quitte à donner au patient un certain support par des interventions auprès du patient et de son entourage; amis, concierges, voisins, etc.... Il nous a aussi



paru important finalement d'ajuster nos critères et de diminuer nos exigences face aux ressources locatives de façon à respecter les choix du patient et à tenir compte de la réalité globale du logement dans tel ou tel quartier. Bien des patients chroniques semblent à prime abord incapables de vivre de façon autonome et pourtant la solution réside souvent dans une aide concrète et fréquemment temporaire plutôt que le recours précipité à l'utilisation de foyers.

Comme autre exemple, les ressources visant à la réadaptation au travail semblent souvent vivre d'une certaine ambiguïté. Beaucoup de ces ressources prétendent à la réintégration sociale alors qu'elles ne sont que des façons d'occuper les patients et qu'elles entraînent nombre de désillusions qui sont en général mises sur le dos de l'incapacité des patients à reprendre le travail. Bon nombre de patients s'améliorent durant la période d'utilisation de ces ressources et nous aurions tendance à croire que ceci dépend surtout des caractéristiques inhérentes aux milieux protégés plutôt qu'à une réelle efficacité du programme en terme de compétence de travail accru, de capacité de prendre plus de responsabilités et de redonner au patient une identité de travailleur. Ces ressources de réadaptation nous semblent voir leur taux d'échec augmenter au moment où le patient doit s'intégrer dans un emploi régulier. Par ailleurs, face à la réadaptation au travail, les conditions socio-économiques et les possibilités du milieu auxquelles participe le patient sont en général sous-estimées ou font l'objet d'analyses théoriques et sommaires.

9

Ainsi dans les faits, qu'il soit malade chronique ou simplement chômeur, un individu de trente ans et plus, faiblement scolarisé, sans connaissances spécialisées et avec une longue histoire de non-emploi, n'a que peu ou pas de chances de se placer à moins d'accepter un emploi manuel peu valorisant apportant des revenus souvent à peine supérieurs à ceux de la sécurité sociale. En outre, il devra chercher du travail dans un contexte de chômage élevé impliquant une main-d'oeuvre largement disponible et compétitive. De plus, s'il s'agit d'un "ex-malade mental", il devra faire face à un certain nombre de préjugés tant du côté patronal que du côté des travailleurs et même des syndicats et il devra se soumettre à une réalité de production que la fréquentation à long terme des institutions psychiatriques l'a amené à désapprendre.

Il nous semble que pour avoir quelques chances de succès, les efforts de réadaptation au travail devraient aller de pair avec un certain nombre de conditions. Ainsi, ne faudrait-il pas une sélection plus rigoureuse des candidats à partir d'un langage non plus psychiatrique mais adapté à la problématique du travail. De même, ces efforts devraient s'amorcer davantage à partir de clientèles mixtes de travailleurs en chômage et de patients psychiatriques et cela dans des programmes et locaux qui ne relèveraient en rien de la psychiatrie et à partir des organismes habituels s'occupant de problèmes de chômage. Dans un tel contexte, les professionnels de la santé mentale ne devraient avoir le plus possible qu'un rôle consultatif.

D'autre part tout en étant fort conscients des difficultés que cela représente, il nous semble que cette tentative de réintégration devrait s'effectuer d'emblée au niveau même des industries, commerces etc.. et ceci ne pourrait être possible sans l'élaboration d'un certain nombre de programmes axés sur les entreprises, une législation appropriée et une sensibilisation progressive des milieux tant patronaux que syndicaux.

Nous avons retenu davantage les foyers et les ressources de réadaptation au travail comme des exemples fréquents de resocialisation qui ne semblent souvent que perpétuer un rapport de dépendance et maintenir le malade chronique dans un réseau peut-être aussi fermé que nos asiles d'autrefois. Dans nos contacts avec ces patients, ce n'est souvent plus le déficit ayant amené le premier contact avec le milieu psychiatrique dont il s'agit, mais une façon particulièrement intense de s'annuler en tant qu'individu, de se définir et d'agir ses problèmes par le biais de la maladie. Cette caractéristique nous semble rendre inopérantes nos approches psychiatriques habituelles qui n'ont alors que l'effet paradoxal de renforcer l'aliénation globale du patient sous des dehors de stabilité clinique. Pourtant trop souvent les professionnels de la santé mentale, préoccupés d'efficacité clinique, évitent d'évaluer les répercussions plus profondes de leurs "gestes thérapeutiques", que ce soit au moment de recourir à une hospitalisation, à des procédures et étiquettes diagnostiques, à des médications neuroleptiques élevées, à des programmes de tout genre etc... Ces gestes présentant des effets secondaires qui gagne-

raient à être mesurés en fonction des modifications souvent insidieuses de l'identité du patient, perceptions réciproques de celui-ci et de son entourage et d'une aliénation plus ou moins définitive sur le plan social.

Le traitement de la chronicité nous semble devoir s'effectuer résolument en dehors de nos réseaux psychiatriques, si décentralisés soient-ils, et ils devraient mettre davantage à contribution les ressources de la communauté, plutôt que certaines ressources qui ne peuvent que reconfirmer plus subtilement la nature "spéciale" du patient psychiatrique.

Ceci implique forcément chez les thérapeutes une modification de leurs attitudes et une présence accrue à l'extérieur de leurs lieux de traitement habituels en général l'hôpital, la clinique ou le bureau. Leur rôle deviendrait alors davantage celui d'un intermédiaire capable de dédramatiser régulièrement les rapports entre le patient et son entourage et de promouvoir un ajustement viable des deux parties sans le recours automatique aux moyens d'exclusion dont la psychiatrie est souvent bien pourvue.

Il va sans dire que les thérapeutes qu'ils soient psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux ou infirmières auraient probablement dans cette optique à céder une partie de leur "pouvoir thérapeutique" à un certain nombre de collaborateurs "laïques" sans céder à la tendance fréquente de leur transmettre des schémas psychiatriques et en recourant à eux en fonction d'une com-

pétence qui se définit d'une autre façon. Le traitement des séquelles de la maladie mentale dépend par conséquent d'une approche qui ne vise pas simplement à modifier un individu identifié. Il se doit de modifier les interactions constantes de la communauté, des soignants et du patient qui s'influencent mutuellement et perpétuent les problèmes de chronicisation.